



POD | Maatschappelijke Integratie
SPP | Intégration Sociale

MediPrima – ziekenhuizen

Gids voor de softwarehuizen van de ziekenhuizen

Inhoudstafel

1	Samenvatting.....	3
2	Inleiding	4
3	Raadplegingsproces voor een patiënt MediPrima	5
4	Raadpleging van de tenlasteneming van de patiënt (MediPrima).....	6
4.1	Verzoek.....	6
4.1.1	Waar vind je het identificatienummer van de patiënt?	6
4.1.2	Mogelijke fouten	6
4.2	Antwoord.....	8
4.2.1	Mogelijke fouten	10
4.2.2	Lezing van de tenlastenemingen POD MI- OCMW.....	14
5	Opstellen van het attest DMH.....	24
6	Elektronische facturatie van de prestaties.....	25
7	Nuttige links.....	26

Historiek van de versies van het document

Versie	Datum van aanmaak/wijziging	Commentaar
1.0	12/04/2017	Eerste versie

1 Samenvatting

De OCMW's geven de beslissingen in die de personen dekken voor de terugbetaling van de medische zorgen; in geval van de ziekenhuizen moet een dekking "ambulante zorgen" geactiveerd worden om de terugbetaling mogelijk te maken van de ambulante zorgen en/of moet een dekking "hospitalisatie" geactiveerd worden om de terugbetaling van de hospitalisatiekosten mogelijk te maken.

De dienst raadpleging MediPrima maakt het mogelijk om de details te zien van de door het OCMW ingevoerde beslissing voor de begunstigde (periode, terugbetalingspercentage van de POD en/of van het OCMW, voorwaarden, ...)

Via de dienst facturatie MediPrima kunnen de facturen verstuurd worden van de medische prestaties van de ziekenhuizen voor de patiënten MediPrima. Zij zullen aan de HZIV worden bezorgd, die het gedeelte van de Staat aan de verlener zal betalen, namens de POD Maatschappelijke Integratie.

Het erkenningsnummer tot verbintenis wordt gegeven door de dienst raadpleging. Dit erkenningsnummer tot verbintenis moet vermeld worden op de elektronische factuur.

2 Inleiding

Via het project MediPrima kunnen de OCMW's de beslissingen tot tenlasteneming van de medische hulp aan de begunstigen elektronisch beheerd worden. Het project zorgt er ook voor dat de zorgverleners hun prestaties elektronisch kunnen factureren aan deze personen.

Gelet op de omvang van het project, werd het in verschillende fases onderverdeeld.

De 1^{ste} fase van het project had tot doel de nodige infrastructuur in te voeren en was gericht op de prestaties in het ziekenhuis, voor een niet-verzekerd en niet verzekerbaar publiek:

- **Personen die illegaal verblijven:** personen die illegaal verblijven en die behoeftig zijn, kunnen Dringende Medische Hulp (DMH)¹ genieten. In principe is dit de enige vorm van hulp die zij kunnen genieten.
- **Niet-verzekerde personen die steun vragen van een OCMW:** Personen die reeds een beroep doen op een OCMW (eveneens vreemdelingen die wettelijk verblijven) en die niet – of niet meer – verzekerd zijn bij een VI of een ziekenfonds, die er niet kunnen verzekerd worden en die een tekort hebben op financieel niveau.

In 2017 werd een verbetering ingevoerd door de tekstvelden die werden ingevuld door de OCMW's om hun voorwaarden tot tenlasteneming mee te delen, om te vormen in gestructureerde velden die behandeld konden worden door de informaticaprogramma's. Het schema van de dienst raadpleging werd gewijzigd. Dit vormt het onderwerp van dit document.

Het document heeft tot doel de verschillende stappen voor te stellen die een ziekenhuis zou moeten volgen wanneer het een patiënt "MediPrima" ontvangt.

Het document is vooral bestemd voor softwareproducenten die software ontwikkelen voor de ziekenhuizen, om hun een meer functioneel zicht te geven op de diensten en het is bedoeld als aanvulling op de technische cookbooks die reeds bestaan voor elke dienst die in dit kader wordt vermeld.

¹ DMH: Vorm van maatschappelijke hulp, uitsluitend bestemd voor buitenlanders die illegaal verblijven, dit wil zeggen buitenlanders die geen geldige verblijfstitel (meer) hebben in België. De DMH dekt in principe alle preventieve en curatieve gezondheidszorg die in het ziekenhuis of ambulant wordt verstrekt.

3 Raadplegingsproces voor een patiënt MediPrima

Wanneer het ziekenhuis een patiënt “MediPrima” ontvangt, moet het een reeks stappen volgen om de financiële tenlasteneming van deze patiënt te kennen, de verdeling van de kosten en tenslotte de acties die moeten worden uitgevoerd om haar prestaties te factureren.

Wij beschrijven deze stappen hier.

1. Raadpleging van de verzekeraarbaarheid van de patiënt
 - a. “klassieke” verzekeraarbaarheid
 - b. Indien negatief, raadpleging van de databank “MediPrima”
2. Indien nodig, een attest Dringende Medische Hulp opstellen
3. De factuur van de prestaties versturen

Nota: wat de raadpleging van de verzekeraarbaarheid betreft, wordt aangeraden om een enkele knop te ontwikkelen om op te klikken, zodat de gebruiker slechts één actie moet uitvoeren en de software de regie van de oproepen laten beheren.

Bijvoorbeeld: wanneer de klassieke verzekeraarbaarheid een negatief antwoord terugstuurt voor de patiënt, automatisch de dienst MediPrima oproepen en het resultaat van de twee raadplegingen tegelijk weergeven.

4 Raadpleging van de tenlasteneming van de patiënt (MediPrima)

Via de raadpleging van de verzekeraar van de patiënt kan je weten of hij gedekt is door een ziekenfonds of, in ons geval, door een beslissing van een OCMW (beslissing “MediPrima”).

Via de raadpleging van MediPrima weet je of de patiënt wel degelijk gedekt is door een beslissing, en, indien nodig, krijg je meer details over de tenlasteneming toegekend door het OCMW. Wanneer een OCMW bevoegd is, maar geen enkele dekking wordt toegekend voor de zorgen, kan je eveneens het OCMW te weten komen dat moet gecontacteerd worden.

4.1 Verzoek

De raadpleging kan gebeuren via de twee volgende parameters:

- Het identificatienummer van de patiënt (INSZ-nummer of INSZ-nummer BIS);
- Het ogenblik van de prestatie:
 - o De datum van de prestatie (dag datum, klassiek)
 - o Of de periode van de prestatie: begin- en einddatum (bij hospitalisatie – periode beperkt tot 30 dagen).

4.1.1 Waar vind je het identificatienummer van de patiënt?

Momenteel heeft een groot aantal patiënten MediPrima geen officieel identificatiedocument. Het OCMW kan hen echter een zogenaamd “informatieformulier MediPrima”² bezorgen, dat het identificatienummer overneemt, dat gebruikt moet worden tijdens de raadpleging van de tenlasteneming.

4.1.2 Mogelijke fouten

De dienst kan de fouten terugsturen wanneer een of meer van de ingevoerde parameters voor de raadpleging niet correct is.

- o **Het identificatienummer is niet correct**

Het nummer dat u heeft ingegeven, heeft een fout formaat. De volgende foutboodschap zal worden teruggestuurd:

```
<Code>MSG00011</Code>  
<Description>The SSIN in request is not valid (checksum error).</Description>
```

Actie: in dit geval vragen we om het ingevoerde nummer te controleren en opnieuw te proberen.

- o **De zoekperiode of de gebruikte datum is niet correct**

Net zoals voor een raadpleging van de klassieke verzekeraar kunnen de ziekenhuizen MediPrima raadplegen voor een datum tot op de eerste dag van de maand, maximaal 2 maanden in het verleden en niet verder dan 30 dagen na de

² De template van dit document kan worden geraadpleegd op de site van de POD Maatschappelijke Integratie. Zie link [1] in de sectie “Nuttige links”.

datum van de dag. Indien dit niet zo is, zal een foutboodschap verstuurd worden. Bovendien mag de raadplegingsperiode de 30 dagen niet overschrijden.

Voor een raadpleging te ver in het verleden, zal de volgende fout worden verstuurd:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="ERROR">
  <ReasonCode>1105-19</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La date de début doit être plus grande
qu'aujourd'hui - 2 ans. Veuillez augmenter votre date de début.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De begindatum moet groter zijn dan vandaag - 2
jaar. Gelieve een recentere begindatum op te geven.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Voor een raadpleging te ver in de toekomst zal de volgende fout worden verstuurd:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="ERROR">
  <ReasonCode>1105-12</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La période demandée ne peut pas commencer
plus d'un mois après aujourd'hui. Veuillez indiquer une date de début inférieure à
13/05/2017.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De gevraagde periode kan niet later dan een
maand na vandaag starten. Gelieve een begindatum aan te duiden die recenter is dan
13/05/2017.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Voor een raadpleging voor een periode van meer dan 30 dagen, zal het de volgende fout zijn:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="ERROR">
  <ReasonCode>1105-16</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La période demandée fait plus de 30
jours. Veuillez raccourcir votre période.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De gevraagde periode is hoger dan 30
dagen. Gelieve uw periode verlagen.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: in dit geval vragen we om de raadplegingsdatum of de opzoekingsperiode te wijzigen, zodat zij in de periode zit van toegelaten data voor de raadpleging en opnieuw te proberen.

- **Het identificatienummer van de persoon is gewijzigd**

Wanneer het identificatienummer van de patiënt is gewijzigd, zal een foutmelding worden verstuurd met vermelding van deze wijziging en van het nieuwe nummer. De volgende foutmelding zal worden verstuurd:

```
<Code>MSG00006</Code>
```


<Description>The SSIN given in request has been replaced.</Description>

Informatie over het nieuwe INSZ zal worden verstuurd op het niveau van het volgende blok:

```
<Information>
  <FieldName>New SSIN</FieldName>
  <FieldValue>96012258601</FieldValue>
</Information>
```

Actie: in dit geval een nieuwe oproep doen met het nieuwe INSZ.

4.2 Antwoord

Wanneer een beslissing wordt ingegeven door het OCMW en deze voldoet aan de ingevoerde zoekcriteria zal zij naar de dienst MediPrima worden gestuurd.

Een elektronische beslissing tot tenlasteneming van de zorgen door een OCMW is gestructureerd op twee niveaus:

- Een globaal niveau, dat hoofdzakelijk tot doel heeft de bevoegdheid van het OCMW te markeren over een bepaalde periode voor de patiënt;
- Een specifiek niveau, *dekking* genoemd, dat het recht op specifieke zorgen opent (hospitalisatie, ambulante zorgen, algemene geneeskunde, ...).

Het OCMW opent een dekking per specifiek zorgdomein dat het gedekt wil zien. Je moet de dekking “hospitalisatie” raadplegen om de specifieke tenlasteneming van het OCMW te kennen in het kader van de hospitalisaties. De dekking “ambulante zorg” moet je bekijken om de specifieke tenlasteneming te kennen van het OCMW in het kader van de ambulante zorgen.

De beslissing neemt ook het percentage over van financiële tenlasteneming, op het niveau van de Staat en op het niveau van het OCMW. Wanneer je wil weten hoe de kosten zullen verdeeld worden, is de volgende regel van toepassing:

[Tenlasteneming Staat > Tenlasteneming OCMW > Tenlasteneming Patiënt](#)

Met andere woorden, eerst wordt de tenlasteneming van de Staat toegepast op het RIZIV-tarief, nadien de tenlasteneming OCMW op het overblijvende gedeelte en de rest komt toe aan de patiënt.

Hier is de informatie die je kan terugvinden in de beslissing van het OCMW:

- Informatie over de globale beslissing van het OCMW:
 - o De identificatie van de beslissing (beslissingsnummer en versienummer)
 - o De identificatie van de begunstigde (INSZ of INSZ BIS, naam, voornaam, geslacht, geboortedatum)
 - o Geldigheidsperiode van de beslissing (maximaal een jaar)
 - o Het bevoegde OCMW, dat de beslissing heeft aangemaakt
- Informatie over de tenlasteneming van de POD Maatschappelijke Integratie

- Tenlastenemingspercentages van de Staat (opgenomen in het gedeelte “Hospitalisatie” voor de hospitalisatiekosten of in het gedeelte “Ambulante zorgen” voor de ambulante kosten – elke gedeelte wordt opgedeeld in een gedeelte ZIV en een gedeelte Remgeld)
- Het statuut (legaal, illegaal)
- De verzekeraar (ja/nee) – het gaat om het verzekeraarsstatuut van de persoon op het ogenblik van de aanmaak van de beslissing
- Een korte tekstbeschrijving van de toestand van de persoon
- De noodzaak of niet van een attest DMH opdat de kosten worden terugbetaald (ja/nee)
- Informatie over de specifieke dekking voor de ziekenhuizen
 - De geldigheidsperiode van deze dekking (die kan verschillen van die van de globale beslissing)
 - De tenlasteneming van OCMW voor de overblijvende gedeeltes van de Staat. Die heeft betrekking op de volgende gedeeltes:
 - ZIV: het OCMW neemt het gedeelte ZIV ten laste: niets, alles
 - Remgeld: het OCMW neemt het remgeld ten laste: niets, gedeeltelijk, alles
 - Supplementen: het OCMW neemt de supplementen ten laste (prestaties die niet erkend zijn door het RIZIV en supplementen op prestaties erkend door het RIZIV): niets, gedeeltelijk alles
 - De voorwaarden tot tenlasteneming door het OCMW (enkel wanneer dit de kosten gedeeltelijk ten laste neemt, kan in de velden beschreven worden wat het OCMW ten laste neemt)
 - Overeenkomst: Bestaan (ja/nee) van een overeenkomst gesloten tussen de zorgverlener en het OCMW. De voorwaarden van de overeenkomst zijn van toepassing op de tenlasteneming van het OCMW.
 - Voorschrift: Verplichting van een voorschrift (ja/nee): het OCMW koppelt de terugbetaling aan het bestaan van een medisch voorschrift.
 - Maximumbedrag remgeld: het OCMW beperkt haar tenlasteneming van het remgeld tot een maximumbedrag (onder dit bedrag wordt verstaan per factuur – aangezien de ziekenhuizen slechts een factuur per maand mogen opstellen – dit moet worden opgevat als het maximumbedrag per maand, voor deze beslissing)
 - Maximumbedrag supplementen: het OCMW beperkt haar tenlasteneming van de supplementen tot een maximumbedrag. Onder dit bedrag wordt verstaan per factuur – aangezien de ziekenhuizen slechts een factuur per maand mogen opstellen – dit moet worden opgevat als het maximumbedrag per maand, voor deze beslissing
 - Soorten supplementen die ten laste worden genomen: beschrijving van de soorten supplementen die elk OCMW ten laste neemt, waaronder ofwel de prestaties die niet erkend worden door het RIZIV, ofwel de bedragen die niet worden terugbetaald: lijst van geneesmiddelen, lijsten van andere supplementen
 - Lijst van de toegelaten verleners voor de beslissing

Er moet worden opgemerkt dat het ziekenhuis eveneens de informatie zal ontvangen over de andere dekkingen die open zijn voor het OCMW, zoals “algemene geneeskunde” of “Geneesmiddelen”. Voor meer informatie over deze dekkingen, zie het specifieke document voor de artsen of apothekers.

4.2.1 Mogelijke fouten

Wanneer geen enkele beslissing wordt gevonden die overeenstemt met de criteria zal een foutboodschap of waarschuwing naar de gebruiker worden gestuurd, die de toestand van de patiënt uitlegt.

- **Geen beslissing**

In dit geval is de patiënt helemaal niet gekend op het niveau van MediPrima; er werd nooit een beslissing voor hem aangemaakt en hij heeft dus geen bevoegd referentie-OCMW. De volgende boodschap zal door de dienst worden verstuurd:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-01</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">Le bénéficiaire {NISS} ne possède aucune décision de
prise en charge médicale.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De begunstigde {NISS} bezit geen beslissing tot
medische tenlasteneming.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW van de gemeente waar de patiënt verblijft (door, bijvoorbeeld de voorgestelde formulieren te gebruiken³), of de patiënt doorverwijzen naar het OCMW van zijn gemeente.

- **Geen beslissing meer**

In dit geval heeft de patiënt reeds minstens een ingevoerde beslissing MediPrima, maar geen enkele daarvan komt overeen met de opzoekingsdatum gespecificeerd in de aanvraag. De volgende boodschap zal door de dienst verstuurd worden:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-02</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">Le bénéficiaire {NISS} ne possède pas de décision de
prise en charge médicale active.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De begunstigde {NISS} bezit geen actieve beslissing
tot medische tenlasteneming.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW van de gemeente waar de patiënt verblijft of de patiënt doorverwijzen naar het OCMW van zijn gemeente.

- **Geen dekking « Hospitalisatie » vastgelegd**

³ De templates van deze documenten kunnen worden geraadpleegd op de site van de POD Maatschappelijke Integratie. Zie link [2] in de sectie “Nuttige links”.

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, maar dit heeft het gedeelte “Hospitalisatie” niet geactiveerd. De hospitalisatiekosten worden dus niet terugbetaald. De verstuurde boodschap zal het bevoegde OCMW vermelden. De volgende boodschap zal verstuurd worden door de dienst:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-05</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La couverture des frais d'hospitalisation n'est pas
présente. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en
charge médicale {mediprima decision number}.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De dekking van de hospitalisatiekosten is niet
aanwezig. U kan dus geen terugbetaling genieten in het kader van deze beslissing tot medische tenlasteneming
{mediprima decision number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het in het OCMW vermeld in de foutboodschap, om de nodige dekking toe te voegen of de patiënt doorverwijzen naar dit OCMW.

- **Geen dekking « Ambulante zorgen » vastgelegd**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, maar dit OCMW heeft het gedeelte “Ambulante zorgen” niet geactiveerd. De ambulante kosten worden dus niet terugbetaald. De verstuurde boodschap zal het bevoegde OCMW inlichten. De dienst zal de volgende boodschap versturen:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-05</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La couverture des frais de soins ambulatoires n'est
pas présente. Vous ne pouvez donc pas bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise
en charge médicale {mediprima decision number}.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De dekking van de kosten voor ambulante zorgen is
niet aanwezig. U kan dus geen terugbetaling genieten in het kader van deze beslissing tot medische
tenlasteneming {mediprima decision number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW dat in de foutboodschap werd ingelicht, opdat het de noodzakelijke dekking toevoegt of de patiënt doorverwijzen naar dit OCMW.

- **Er bestaat een dekking “Hospitalisatie” die werd vastgelegd, maar de periode ervan past niet**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, het gedeelte « Hospitalisatie » werd wel degelijk geactiveerd door het OCMW, maar de dat van dit gedeelte bevatten niet de gespecificeerde opzoekingsdatum. De hospitalisatiekosten

worden dus niet terugbetaald. De gestuurde boodschap zal het bevoegde OCMW inlichten. De volgende boodschap zal door de dienst worden gestuurd:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-07</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La couverture des frais d'hospitalisation est présente
mais n'est pas active pour la période du {searchDate - StartDate} au {searchDate - EndDate}. Vous ne pouvez
donc pas bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale {mediprima
card number}.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De dekking van de hospitalisatiekosten is aanwezig,
maar is niet actief voor de periode {searchDate - StartDate} tot {searchDate - EndDate}. U kan dus geen
terugbetaling genieten in het kader van deze beslissing tot medische tenlasteneming {mediprima card
number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in de foutboodschap om de data van de dekking te wijzigen of de patiënt doorverwijzen naar het OCMW.

- **Er bestaat een dekking “Ambulante zorgen” die werd vastgelegd, maar de periode ervan is niet geschikt**

In dat geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, werd het gedeelte “Ambulante zorgen” wel degelijk geactiveerd door het OCMW, maar de data van dit gedeelte omvatten niet de gespecificeerde opzoekdatum. De ambulante kosten worden dus niet terugbetaald. De verstuurd boodschap zal het bevoegde OCMW inlichten. De dienst zal de volgende boodschap versturen:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-07</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La couverture des frais de soins ambulatoires est
présente mais n'est pas active pour la période du {searchDate - StartDate} au {searchDate - EndDate}. Vous ne
pouvez donc pas bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale
{mediprima card number}.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De dekking van de kosten voor ambulante zorgen is
aanwezig, maar is niet actief voor de periode {searchDate - StartDate} tot {searchDate - EndDate}. U kan dus
geen terugbetaling genieten in het kader van deze beslissing tot medische tenlasteneming {mediprima card
number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in de foutboodschap om de data van de dekking te wijzigen of de patiënt doorverwijzen naar dit OCMW.

- **Het ziekenhuis werd niet toegelaten tot de dekking “Hospitalisatie” die werd vastgelegd**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, is het gedeelte « Hospitalisatie » actief en dekt zij de gevraagde datum, maar de verlener maakt geen deel uit van de door het OCMW toegelaten ziekenhuizen. De

hospitalisatiekosten worden dus niet terugbetaald. De verzonden boodschap zal het bevoegde OCMW inlichten. De dienst zal de volgende boodschap versturen.

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-08</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La décision de prise en charge médicale existe pour
la couverture des frais d'hospitalisation, mais vous n'êtes pas cité dans la liste de prestataire pouvant bénéficier
de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale
{mediprima card number}.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De beslissing tot medische tenlasteneming bestaat
voor de dekking van de hospitalisatiekosten, maar u bent niet opgenomen in de lijst van zorgverstrekkers om
de terugbetaling te genieten in het kader van deze beslissing {mediprima card number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in de foutboodschap om het ziekenhuis toe te voegen aan de toegelaten verleners voor de beslissing of de patiënt doorverwijzen naar dit OCMW.

- **Het ziekenhuis werd niet toegelaten tot de dekking “Ambulante zorgen” die werd vastgelegd**

In dit geval wordt de patiënt gedekt door een beslissing van een OCMW, is het gedeelte “ambulante zorgen” actief en dekt het de gevraagde datum, maar de verlener maakt geen deel uit van de door het OCMW toegelaten ziekenhuizen. De ambulante kosten worden dus niet terugbetaald. De verzonden boodschap zal het bevoegde OCMW inlichten. De dienst zal de volgende boodschap versturen:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-08</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La décision de prise en charge médicale existe pour
la couverture des frais de soins ambulatoires, mais vous n'êtes pas cité dans la liste de prestataire pouvant
bénéficier de remboursement dans le cadre de cette décision de prise en charge médicale
{mediprima card number}.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De beslissing tot medische tenlasteneming bestaat
voor de dekking van de kosten voor ambulante zorgen, maar u bent niet opgenomen in de lijst van
zorgverstrekkers om de terugbetaling te genieten in het kader van deze beslissing {mediprima card
number}.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in de foutboodschap om het ziekenhuis toe te voegen aan de toegelaten verleners voor de beslissing of de patiënt doorverwijzen naar dit OCMW.

- **De beslissing opent de nodige rechten, maar heeft de status geschorst**

In dit geval bestaat er een beslissing voor de patiënt die wel degelijk overeenkomt met de zoekcriteria, maar zij heeft de status “geschorst” Dit geeft aan dat een wijziging automatisch werd geïdentificeerd door het systeem MediPrima voor deze

beslissing (INSZ, status van de begunstigde, ...), en dat het OCMW haar beslissing moet stopzetten en zo een tenlasteneming van deze zorgen moet toestaan. De dienst zal de volgende boodschap versturen:

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-26</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La décision de prise en charge {mediprima card
number} est suspendue. Aucun numéro d'engagement ne peut être attribué. Veuillez
contacter le CPAS gestionnaire de la décision de prise en charge pour la réactiver.
Momentanément, il n'y a pas de garantie que les soins du patient seront pris en
charge.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De beslissing tot tenlasteneming {mediprima card
number} is geschorst. Geen enkel verbintenisnummer mag toegekend worden. Gelieve
contact op te nemen met het verantwoordelijk OCMW van de beslissing tot tenlasteneming
om deze te reactiveren. Momenteel is het niet gegarandeerd dat de zorgen van de patiënt
ten laste worden genomen.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: zich richten tot het OCMW vermeld in de foutboodschap om te vragen de beslissing stop te zetten of de patiënt doorverwijzen naar het OCMW vermeld in de foutboodschap.

- **Raadplegingsperiode in de toekomst**

Wanneer je de gegevens MediPrima zoekt voor een toekomstige periode zal de webservice de inhoud van de medische beslissing tot tenlasteneming versturen, maar nog niet het verbintenisnummer. Het verbintenisnummer wordt immers pas gegeven wanneer de zorgen werden verstrekt (of net daarvoor).

```
<MedicalCardRegistryMessage Severity="WARNING">
  <ReasonCode>1105-17</ReasonCode>
  <Source>ECARMED</Source>
  <Communication xml:lang="fr">La période demandée est dans le futur,
vous ne pouvez donc pas recevoir de numéro d'engagement pour la décision de prise
en charge médicale 000000238658. Veuillez consulter cette décision une nouvelle
fois avant de réaliser vos soins.</Communication>
  <Communication xml:lang="nl">De gevraagde periode is in de toekomst,
waardoor u geen verbintenisnummer tot betaling kan ontvangen voor de beslissing
tot medische tenlasteneming 000000238658. Gelieve de beslissing opnieuw te
raadplegen vlak voor de prestatie.</Communication>
</MedicalCardRegistryMessage>
```

Actie: wachten op de datum van de zorgen om opnieuw een onderzoek te doen.

4.2.2 Lezing van de tenlastenemingen POD MI- OCMW

De tenlasteneming van de POD MI wordt beschreven in de zone “*refund code*”.

De gegevens van de tenlasteneming OCMW staan in de dekking hospitalisatie of in de dekking ambulante zorgen, volgens het soort zorg dat moet worden gefactureerd.

Enkel tenlasteneming door de POD MI

Het OCMW opent de rechten op medische hulp van de persoon, maar wenst niet meer tussen te komen in wat ten laste wordt genomen door de Staat (geen tussenkomst op eigen fondsen).

Voorbeeld:

OCMW neemt niets ten laste.

```
<Hospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart>NOTHING</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement>NOTHING</PswcSupplement>
  </PswcSupport>
</Hospitalization>
```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Hospitalisatiekosten	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag Remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	0	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Tussenkomst van het OCMW voor alle kosten

Het OCMW kan eveneens tussenkomen voor alle kosten – en dus de factuur ten laste nemen die gewoonlijk bestemd is voor de patiënt.

Voorbeeld:

OCMW neemt het remgeld volledig ten laste, het neemt eveneens alle supplementen ten laste (prestaties niet ten laste genomen door de ZIV en supplementen tegen RIZIV-tarief).

```
<AmbulatoryHospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart>FULL</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement> FULL</PswcSupplement>
  </PswcSupport>
</AmbulatoryHospitalization>
```


	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Kosten ambulante zorgen	Tenlasteneming van de POD = bedrag ZIV * PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart	= bedrag remgeld + (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld)	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

OCMW neemt alle supplementen ten laste (prestaties die niet ten laste worden genomen door de ZIV en supplementen aan RIZIV-tarief).

```

<Hospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart>NOTHING</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement> FULL</PswcSupplement>
  </PswcSupport>
</Hospitalization>

```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Hospitalisatiekosten	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	= te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld	Te betalen bedrag - bedrag OCMW – bedrag POD MI

Tussenkost van het OCMW voor bepaalde kosten

Het OCMW kan eveneens meedelen dat het slechts een gedeelte van de kosten ten laste neemt (kosten remgeld en/of extra kosten). Het zal via vijf velden (overeenkomst, voorschrift, lijst van ten laste genomen supplementen, maximumbedrag remgeld en maximumbedrag supplementen) melden wat het aanvaardt om ten laste te nemen. De niet ten laste genomen kosten zijn ten laste van de patiënt.

Het document zal het gebruik van een veld voorstellen alvorens te vermelden hoe deze verschillende velden kunnen gecombineerd worden.

Gestructureerde velden: op basis van een overeenkomst

Het OCMW kan aangeven dat het enkel de kosten draagt in de ziekenhuizen die een overeenkomst hebben gesloten met dat OCMW; de ten laste genomen kosten worden in deze overeenkomst vastgelegd.

Op de ziekenhuizen die geen overeenkomst hebben ondertekend, zijn de andere voorwaarden vermeld door dit OCMW van toepassing. Wanneer geen enkele andere gestructureerde commentaar die een tenlasteneming aanduidt, wordt vermeld – moet dit als volgt worden begrepen: geen enkele kost wordt ten laste genomen voor de ziekenhuizen die geen overeenkomst met dit OCMW hebben gesloten.

Voorbeeld:

Het OCMW neemt enkel de supplementen ten laste volgens de voorwaarden beschreven in de overeenkomst die het heeft gesloten met bepaalde partnerziekenhuizen. Het neemt geen enkel supplement ten laste voor de ziekenhuizen die geen overeenkomst hebben ondertekend.

```
<Hospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart> NOTHING</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement>PARTIAL</PswcSupplement>
    <Convention>>true</Convention>
    <Prescription>>false</Prescription>
  </PswcSupport>
</Hospitalization>
```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
hospitalisatiekosten (ziekenhuis heeft een overeenkomst gesloten met dit OCMW)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	= (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld) – volgens voorwaarden beschreven in de overeenkomst	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI
hospitalisatiekosten (ziekenhuis heeft geen overeenkomst gesloten met dit OCMW)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	0	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Gestructureerd veld: op basis van een voorschrift

Het OCMW kan aangeven dat het enkel de facturen ten laste neemt die betrekking hebben op de zorg geëist via een voorschrift.

Voorbeeld:

Het OCMW neemt enkel het remgeld ten laste waarvoor de begunstigde een voorschrift heeft overhandigd.

```
<AmbulatoryHospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart> PARTIAL </PswcPatientPart>
    <PswcSupplement> NOTHING </PswcSupplement>
    <Convention>>false</Convention>
    <Prescription>>true</Prescription>
  </PswcSupport>
</AmbulatoryHospitalization>
```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Kosten ambulante zorg (met voorschrift)	Tenlasteneming de POD = bedrag RIV * PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart	= bedrag remgeld	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI
Kosten ambulante zorg (zonder voorschrift)	Tenlasteneming POD = bedrag ZIV * PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart	0	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Gestructureerd veld op basis van een lijst van soort supplement

Het OCMW kan aangeven dat het enkel bepaalde soorten supplementen ten laste neemt. De lijst van de beschikbare soorten (per dekking) wordt niet bepaalde in de XSD, maar wordt in een document weergegeven dat eveneens de nomenclatuurcodes weergeeft die erop betrekking hebben⁴.

Voorbeeld:

Het OCMW neemt enkel de supplementen ten laste van het type PSEUDOCODES VAN GENEESMIDDELEN DIE NIET TERUGBETAALBAAR ZIJN IN ZIV.

```
<Hospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart> NOTHING</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement>PARTIAL</PswcSupplement>
    <Convention>>false</Convention>
    <Prescription>>false</Prescription>
```

⁴ Het document kan worden geraadpleegd op de site van de SPP Maatschappelijke Integratie. Zie link [3] in de sectie "Nuttige links".

```

</PswcSupport>
<SupplementsAllowed>
  <AllowedSupplementType>
    <SupplementType>NonRefundableDrugs</SupplementType>
  </AllowedSupplementType>
</SupplementsAllowed>
</Hospitalization>

```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
hospitalisatiekosten (pseudocode in de lijst)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	= (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld)	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI
hospitalisatiekosten (pseudocode niet in de lijst)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	0	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Gestructureerd veld op basis van een maximumbedrag

Het OCMW kan een maximumbedrag aangeven (uitgedrukt in eurocent) tot tenlasteneming voor het remgeld en/of voor de supplementen.

Voorbeeld:

Het OCMW neemt enkel de supplementen ten laste met een maximumbedrag van 500,00 € per factuur/maand.

```

<Hospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart> NOTHING</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement>PARTIAL</PswcSupplement>
    <Convention>>false</Convention>
    <Prescription>>false</Prescription>
  </PswcSupport>
  <SupplementsAllowed>
    <AmountMaxAllowed>50000</AmountMaxAllowed>
  </SupplementsAllowed>
</Hospitalization>

```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Hospitalisatiekosten	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	= (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld) – maximum 500 € voor deze volledige factuur	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Het OCMW neemt enkel het remgeld ten laste met een maximumbedrag van 100 € per factuur/maand.

```
<AmbulatoryHospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart> PARTIAL </PswcPatientPart>
    <PswcSupplement> NOTHING </PswcSupplement>
    <Convention>false</Convention>
    <Prescription>>false</Prescription>
  </PswcSupport>
  <AmountPatientPartMax>10000</AmountPatientPartMax>
</AmbulatoryHospitalization>
```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Kosten ambulante zorg	Tenlasteneming POD = bedrag ZIV * PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart	= bedrag remgeld – maximum 100 € voor deze volledige factuur	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Gestructureerd veld: combinatie van waarde

Met uitzondering van het veld “Overeenkomst” moeten alle andere combinaties van voorwaarden als volgt worden begrepen: alle voorwaarden moeten worden nageleefd om een terugbetaling te kunnen ontvangen.

Wanneer het veld “Overeenkomst” is ingevuld en aan de andere voorwaarden is voldaan, moet dit als volgt worden begrepen: de andere voorwaarden van de overeenkomst zijn enkel van toepassing op de ziekenhuizen die de overeenkomst met dit OCMW niet hebben ondertekend. Aangezien het ziekenhuis een overeenkomst heeft ondertekend, moet het de voorwaarden van de overeenkomst naleven – en niet de voorwaarden vermeld in MediPrima.

Voorbeeld:

Het OCMW neemt enkel de supplementen ten laste van het type niet terugbetaalbaar geneesmiddel en niet terugbetaalbaar farmaceutisch product waarvoor de begunstigde een voorschrift heeft overhandigd met een maximumbedrag van 500,00€ per factuur/maand.

```

<AmbulatoryHospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart> NOTHING</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement>PARTIAL</PswcSupplement>
    <Convention>>false</Convention>
    <Prescription>>true</Prescription>
  </PswcSupport>
  <SupplementsAllowed>
    <AllowedSupplementType>
      <SupplementType>NonRefundableDrugs</SupplementType>
    </AllowedSupplementType>
    <SupplementType>NonRefundableParapharmaceuticalProduct</SupplementType>
    </AllowedSupplementType>
    <AmountMaxAllowed>50000</AmountMaxAllowed>
  </SupplementsAllowed>
</AmbulatoryHospitalization>

```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
Kosten ambulante zorgen (pseudocode in de lijst en met voorschrift)	Tenlasteneming POD = bedrag ZIV * PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart	= (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld) – maximum 500 € voor deze volledige factuur	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI
Kosten ambulante zorgen (pseudocode niet in de lijst of geen voorschrift)	Tenlasteneming POD = bedrag ZIV * PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart	0	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

Voor de ziekenhuizen die een overeenkomst hebben ondertekend, neemt het OCMW het remgeld en de supplementen volgens deze overeenkomst ten laste.

Voor de andere ziekenhuizen neemt het OCMW enkel het volgende ten laste:

- de supplementen

- van het type niet terugbetaalbaar geneesmiddel en niet terugbetaalbaar farmaceutisch product
- waarvoor de begunstigde een voorschrift heeft bezorgd
- en het remgeld voor de zorgen
 - waarvoor de begunstigde een voorschrift heeft bezorgd
 - met een maximumbedrag van 100,00 € per factuur/maand.

```

<Hospitalization>
  <ValidityPeriod>
    <StartDate>2015-07-01</StartDate>
    <EndDate>2015-09-30</EndDate>
  </ValidityPeriod>
  <PswcSupport>
    <PswcZivAmiPart>NOTHING</PswcZivAmiPart>
    <PswcPatientPart>PARTIAL</PswcPatientPart>
    <PswcSupplement>PARTIAL</PswcSupplement>
    <Convention>true</Convention>
    <Prescription>true</Prescription>
  </PswcSupport>
  <AmountPatientPartMax>10000</AmountPatientPartMax>
  <SupplementsAllowed>
    <AllowedSupplementType>
      <SupplementType>NonRefundableDrugs</SupplementType>
    </AllowedSupplementType>
  </SupplementsAllowed>
  <SupplementType>NonRefundableParapharmaceuticalProduct</SupplementType>
</Hospitalization>

```

	Ten laste genomen bedrag POD MI	Ten laste genomen bedrag OCMW	Ten laste genomen bedrag patiënt
hospitalisatiekosten (ziekenhuis heeft een overeenkomst ondertekend met dit OCMW)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	= (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld) + bedrag remgeld – volgens voorwaarde beschreven in de overeenkomst	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

hospitalisatiekosten (ziekenhuis heeft geen overeenkomst ondertekend met dit OCMW en pseudocode in de lijst en met voorschrift)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	= (te betalen bedrag – bedrag ZIV – bedrag remgeld) + bedrag remgeld – maximum 100 € voor deze volledige factuur	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI
hospitalisatiekosten (ziekenhuis heeft geen overeenkomst ondertekend met dit OCMW en pseudocode niet in de lijst)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	Bedrag remgeld – maximum 100 € voor deze volledige factuur	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI
hospitalisatiekosten (ziekenhuis heeft geen overeenkomst ondertekend met dit OCMW zonder voorschrift)	Bedrag ZIV * PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart + bedrag remgeld * PodmiSppisHospitalizationPatientPart	0	Te betalen bedrag – bedrag OCMW – bedrag POD MI

5 Opstellen van het attest DMH

In sommige gevallen moet een attest Dringende Medische Hulp (DMH) worden afgeleverd om de terugbetaling van de zorgen te kunnen genieten.

Deze informatie – weten of een attest DMH nodig is of niet – is beschikbaar via de raadpleging MediPrima.

In eerste instantie zal het attest DMH op papier moeten worden afgeleverd⁵, maar op termijn zal dit via een webservice in elektronisch formaat kunnen worden opgesteld.

Het zal meer bepaald de volgende informatie moeten bevatten:

- De begindatum van de prestatie/hospitalisatie
- De soort zorgen (ziekenhuisverblijf, raadpleging arts, geneesmiddelen, ...)
- Eventuele commentaren over het soort zorgen
- Gegevens patiënt (INSZ, naam/voornaam, geboortedatum)
- Voorschrijvende arts (RIZIV-nummer, naam/voornaam)
- Afleverdatum van het attest
- Handtekening

Dit attest zal geen medische informatie bevatten of informatie over de behandelde pathologie/pathologieën.

Nota: merk op dat de lijst van informatie die moet worden vermeld op dit attest nog kan wijzigen.

⁵ De template van dit document kan worden geraadpleegd op de site van de POD Maatschappelijke Integratie. Zie link [4] van de sectie "Nuttige links".

6 Elektronische facturatie van de prestaties

In het kader van MediPrima is de verzekeringsinstelling naar wie de facturen moeten worden verstuurd de HZIV. Zij stelt zich in de plaats van de POD Maatschappelijke Integratie om het gedeelte van de Staat aan de verlener terug te betalen (en wordt vervolgens zelf terugbetaald door de POD Maatschappelijke Integratie). Hierdoor worden de terugbetalingen aan de verlener sneller uitgevoerd. De aanvraag tot betaling aan de OCMW's blijft in papieren formaat.

De facturatie in het kader van een patiënt MediPrima volgt sterk hetzelfde formaat als een facturatie voor een klassieke verzekerde. Er moet echter specifieke informatie voor MediPrima verduidelijkt worden.

Voor meer gedetailleerde informatie over het specifieke formaat MediPrima verwijzen wij naar de specifieke facturatie-instructie MediPrima voor de ziekenhuizen⁶.

Wij nemen hieronder de specifieke gegevens MediPrima over van de facturatie en de plaats waar deze informatie terug te vinden is:

Record 25

Zone	Dienst	Veld
27 (Code dekking)	Dienst raadpleging MediPrima	Code dekking hospitalisatie = 0 + PodmiSppisHospitalizationZivAmiPart *100 + PodmiSppisHospitalizationPatientPart * 100 + 000 – bijv: 0100100000 Code dekking ambulante zorgen = 0 + PodmiSppisAmbulatoryCareZivAmiPart *100 + PodmiSppisAmbulatoryCarePatientPart * 100 + 000 – bijv: 0100000000
38 (KBO-nr. OCMW)	Dienst raadpleging MediPrima	//urn:ConsultCarmedInterventionResponse/Result/Carmed/CarmedIdentifier/Pswc/CbeNumber
42-45 (verbintenisnr. tot betaling)	Dienst raadpleging MediPrima	//urn:ConsultCarmedInterventionResponse/Result/Carmed/AgreementNumber
53 (begindatum dekking)	Dienst raadpleging MediPrima	//urn:ConsultCarmedInterventionResponse/Result/Carmed/CarmedIdentifier/ValidityPeriod/StartDate
54 (Einddatum dekking)	Dienst raadpleging MediPrima	//urn:ConsultCarmedInterventionResponse/Result/Carmed/CarmedIdentifier/ValidityPeriod/EndDate
55 (Datum van de raadpleging van de DB MediPrima)	Dienst raadpleging MediPrima	Datum waar de verbintenisnr wordt gekregen.
56-58 (Beslissingsnr. MediPrima)	Dienst raadpleging MediPrima	//urn:ConsultCarmedInterventionResponse/Result/Carmed/CarmedIdentifier/CarmedNumber

⁶ Zie de documentatie op de site van de HZIV – cf. link [5] van de sectie “nuttige links”.

59 (Versienummer van de beslissing MediPrima)	Dienst raadpleging MediPrima	//urn:ConsultCarmedInterventionResponse/Result/Carmed/CarmedIdentifier/VersionNumber
---	------------------------------	--

7 Nuttige links

[1] *Bijlage 3 – Informatieformulier met betrekking tot de medische hulp*, <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

[2] *Bijlage 1 – Vertrouwelijk verwijsformulier en Bijlage 2 – Sociaal onderzoek in geval van dringende zorgen – dringende opname*, <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

[3] Lijst van de supplementen : <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

[4] *Attest dringende medische hulp voor een vreemdeling zonder wettig verblijf*, <https://www.mi-is.be/nl/tools-ocmw/mediprima>

[5] Specifieke instructies voor de facturatie van de gezondheidszorgen in het kader van MediPrima – fase 1 <https://www.caami-hziv.fgov.be/nl/mediprima>